

HYPERTENSI DAN FAKTOR-FAKTOR RISIKONYA DI INDONESIA

Dwi Susilowati,¹ Ni Ketut Aryastami,¹ Erry¹

ABSTRACT

Background: This study describes the hypertension rate in Indonesia in 2007 and its related factors. The data was obtained from RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar/Basic Health Research) 2007 which included questions of individual, social and physical health of respondents aged 15 years and more during the data collection. **Methods:** Statistical method used was cross tabulation and un-pair t-test. **Results:** The result showed that totally 36.3% males and 35.8% females suffered from hypertension. High hypertension rates were found at Gorontalo, East Java, Central Java, Bangka Belitung and West Java provinces. Hypertension began at early aged, those aged 15–18 years, 6.5% boys and 12.8% girls suffered from hypertension. Being head of the family, low education and not working was related to a higher rate for hypertension. Those with no education have the highest hypertension rate, i.e.: 61.4% among females and 49.0% among males. Pregnant women have lower hypertension rate as compared to non-pregnant women. Those who were unemployed had the highest rate for hypertension (42.4%). Hypertension rate among farmers was higher as compare to fisher-men (42.3% vs. 21.8%). Those that suffer from heart disease, Diabetes Mellitus and stroke had a significantly higher hypertension rate than those who were not. Those that smoked or chew tobacco in the past one month has a higher hypertension rate than those who were not smoking or tobacco chewing. The majority of the smokers were heavy smokers.

Key words: hypertension, age, sex, marital status, education level, occupation, tobacco, physical activity

ABSTRAK

Penelitian ini menggambarkan kejadian hipertensi di Indonesia pada tahun 2007 dan faktor-faktor yang terkait. Data diperoleh dari data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) 2007 yang terdiri dari informasi individual, sosial dan kesehatan dari responden yang berusia 15 tahun dan lebih selama pengumpulan data. Metoda statistik yang digunakan adalah tabulasi silang dan un-pair t-test. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat 36,3% laki-laki dan 35,8% perempuan yang menderita hipertensi. Angka hipertensi yang tinggi dijumpai di provinsi Gorontalo, Jawa Timur, Jawa Tengah, Bangka Belitung dan Jawa Barat. Kejadian hipertensi mulai pada usia muda, mereka yang berusia 15–18 tahun, dijumpai pada 6,5% anak laki-laki dan 12,8% anak perempuan. Berstatus kepala rumah tangga, berpendidikan rendah dan tidak bekerja berkaitan dengan angka lebih besar untuk menderita hipertensi. Mereka dengan tanpa pendidikan angka hipertensinya paling tinggi yakni 61,4% pada perempuan dan 40,0% pada laki-laki. Perempuan hamil angka hipertensinya lebih rendah dibandingkan mereka yang tidak hamil. Angka hipertensi pada petani lebih tinggi dibandingkan nelayan (42,3% v.s 21,8%). Mereka yang menderita sakit jantung, Diabetes Mellitus dan stroke memiliki angka hipertensi yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan mereka yang tak menderita penyakit-penyakit tersebut. Mereka yang merokok atau mengunyah tembakau pada bulan lalu memiliki angka hipertensi yang lebih tinggi dibanding yang tidak merokok atau mengunyah tembakau. Mayoritas perokok adalah perokok berat.

Kata kunci: hipertensi, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tembakau, kegiatan fisik

Naskah masuk: 24 Februari 2010, Review 1: 25 Februari 2010, Review 2: 25 Februari 2010, Naskah layak terbit: 11 Maret 2010

PENDAHULUAN

Penyakit Hipertensi dijumpai diseluruh dunia termasuk di Indonesia, ia merupakan salah satu risiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal. Penyakit jantung dan stroke

mengakibatkan 37% dari total kematian.¹ Penyakit jantung dan pembuluh darah dalam sepuluh tahun terakhir ini mendominasi 10 besar angka morbiditas maupun mortalitas di Indonesia. Sepuluh penyebab utama penyakit rawat jalan di rumah sakit juga terkait

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta
Alamat korespondensi: Dr. dr. Dwi Susilowati MSc, SpGK, IBCLC.
E-mail: dwisusi@yahoo.com. HP 0816 1393045.

dengan penyakit jantung dan pembuluh darah, dalam hal ini termasuk Hypertensi. Penyebab kematian semua umur pada 10 besar sebagaimana dilaporkan oleh Riskesdas 2007 sebagai berikut: stroke (15,4%), tuberculosis (7,5%), hipertensi (6,8%), cedera (6,5%), perinatal (6,0%), Diabetes Mellitus (5,7%), tumor ganas (5,7%), penyakit hati (5,1%), penyakit jantung ischemic (5,1%), penyakit saluran napas bawah (5,1%).² Dalam konteks inilah Hypertensi di teliti dan dianalisa dengan tujuan utama untuk penurunan angka morbiditas dan mortalitas penyakit jantung dan pembuluh darah.

Secara umum, Hypertensi didefinisikan sebagai tekanan diastolik pada waktu istirahat sama atau lebih tinggi dari pada 90 mm Hg, dan tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140 mm Hg setelah beberapa kali pemeriksaan.³ Idealnya diperlukan beberapa kali pemeriksaan tekanan darah selama 6 bulan karena tekanan darah dapat naik secara transient.⁴ Tekanan darah di masyarakat berkisar dari normotensive sampai hypertensive.

Secara umum bertambah tinggi tekanan darahnya, bertambah besar resiko kesehatan yang ada.^{5,6} Tidak mudah untuk menentukan tinggi absolut tekanan darah tersebut berkaitan dengan resiko penyakit. Pada tekanan darah rendah, adanya faktor resiko lain untuk penyakit jantung, seperti merokok akan meningkatkan resiko penyakit tersebut. Penyakit jantung dan stroke terkait dengan merokok dan konsumsi garam. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa ada hubungan antara peningkatan tekanan darah dan peningkatan resiko penyakit kardiovaskular, dan penurunan tekanan darah berhubungan dengan penurunan resiko penyakit.^{7,8} Pencegahan dan kontrol hipertensi akan menurunkan biaya penanganan penyakit ini, menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit ini.

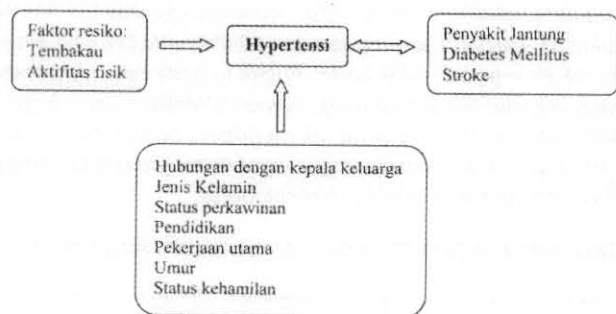
Penelitian berbasis komunitas di Depok pada kelompok umur 25–65 tahun, pada tahun 2003 menunjukkan bahwa dengan bertambahnya usia terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah pada laki-laki dan perempuan secara bermakna.⁹ Data dari Depok itu juga menunjukkan lebih dari separuh responden laki-laki adalah pengguna tembakau.¹⁰

Kearney dkk menganalisa kejadian hipertensi di dunia sebagai berikut: prevalensi hipertensi terendah dijumpai di pedesaan India (laki-laki 3,4% dan perempuan 6,8%). Prevalensi hipertensi tertinggi dijumpai di Polandia (laki-laki 68,9% dan perempuan

72,5%).¹¹ Perbandingan antara negara-negara sulit dilakukan karena beda metodologi. Beberapa Negara menggunakan tekanan sistolik 160 mm Hg untuk batasan. Di Amerika dijumpai prevalensi hipertensi pada penduduk asli sebesar 27% sampai 56%.¹² Hypertensi dikaitkan dengan diabetes, kegemukan, merokok di antara penduduk asli.¹³ Pencarian kasus Hypertensi perlu terus dilakukan pada penduduk asli termasuk penduduk lainnya,^{14,15} dan untuk pelaksanaannya harus dikerjakan sesuai dengan budaya setempat.^{16,17}

Penyebab kematian menurut SKRT tahun 1980 sampai tahun 2001, menunjukkan penurunan untuk kematian yang disebabkan oleh infeksi, yakni 60,9% pada tahun 1980 menjadi 31,2% pada tahun 2001. Kematian akibat penyakit pembuluh darah menunjukkan tendensi yang meningkat, pada tahun 1980 sebesar 9,9% dan menjadi 26,0% pada tahun 2001. Bandingkan dengan data negara industri pada tahun 1985 kematian akibat infeksi sebesar 4,6% dan kematian yang disebabkan oleh penyakit pembuluh darah sebesar 53,7%.¹⁸ Hasil SKRT itu menunjukkan bahwa Indonesia mulai mengikuti tendensi negara industri. Tulisan ini memberikan kajian tentang penyakit hipertensi dan sebab-sebab terkait, fokus dari analisa ini adalah gambaran tentang distribusi dan perkiraan sebab-sebabnya di Indonesia.

Kerangka konsep penelitian sbb:



Gambar 1. Kerangka konsep analisa

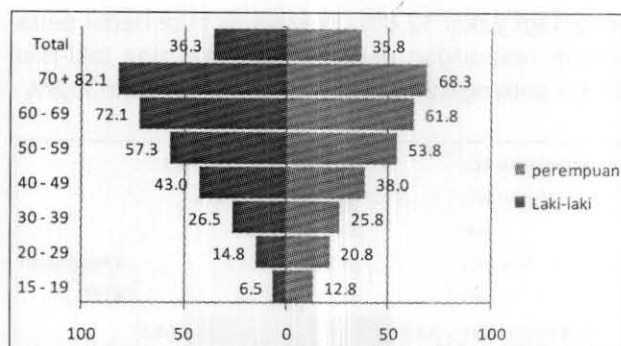
METODE

Tulisan ini merupakan analisis dari data Riskesdas 2007 yang menggunakan kerangka sampel Susenas 2007. Desain penelitian merupakan penelitian potong lintang dan bersifat non intervensi. Responden penelitian mencakup 280.000 rumah tangga dari 27 provinsi Indonesia dan meliputi semua kelompok

umur. Variabel dependen yaitu hipertensi yang ditentukan berdasar tekanan Sistolik >140 mmHg dan tekanan Diastolik >90 mmHg.¹⁹ Digunakan Kuesioner Rumah Tangga dan Kuesioner Individu. Variabel independen terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kedudukan dalam keluarga, status perkawinan, aktivitas fisik, perilaku merokok, sejumlah penyakit dan kehamilan. **Unit analisis** dalam analisa penelitian ini dipilih responden yang berusia 15 tahun ke atas, laki-laki dan perempuan yang berasal dari data Riskesdas 2007. Jumlah total sample adalah 17.436 orang. **Analisa data** adalah parametrik. Data di analisa bertahap: analisa univariate (distribusi frekuensi, nilai rerata), analisa bivariat (uji X^2) untuk menilai hubungan antara variabel independen dengan dependen. Digunakan SPSS versi 15 untuk melakukan analisa data. **Tujuan analisis** untuk mengetahui angka morbiditas dan faktor-faktor resiko yang terkait dengan Hypertensi di Indonesia.

HASIL

Lima provinsi mempunyai angka hipertensi di atas angka nasional, sedangkan enam provinsi lainnya mempunyai angka hipertensi di bawah 25% (Tabel 1).



Catatan: n laki-laki = 8.179 dan n perempuan = 9.617

Gambar 2. Distribusi Hypertensi berdasar kelompok umur dan jenis kelamin

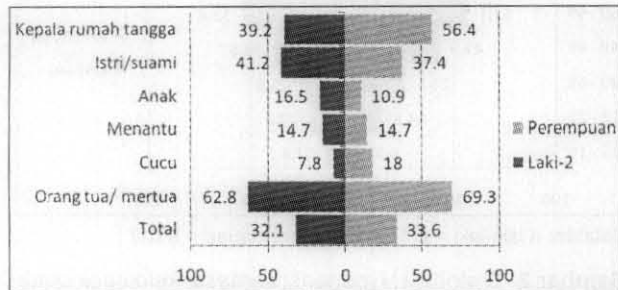
Gambar 2 menunjukkan kenaikan angka hipertensi secara bermakna dengan bertambahnya usia. Ada beda bermakna pada kejadian hipertensi antara kelompok laki-laki dan kelompok perempuan (p -value = 0,043). Demikian pula bila dilihat dalam tiap kelompok jenis kelamin, maka ada beda bermakna di dalam kelompok umur untuk laki-laki maupun kelompok umur perempuan (p -value < 0,001 dan < 0,001), bertambah tinggi usia responden bertambah besar kejadian hipertensinya. Pada remaja laki-laki usia 15 sampai 19 tahun sudah dijumpai adanya hipertensi sebesar 6,5%, pada remaja putri lebih

Tabel 1. Persentase kasus hipertensi menurut provinsi tahun 2007

Provinsi	%	Provinsi	%	Provinsi	%
Gorontalo	44,1	DI Aceh	34,0	Lampung	29,8
Jawa Timur	38,7	DI Yogyakarta	33,3	Sulawesi Selatan	29,5
Jawa Tengah	37,2	Kalimantan Selatan	33,3	Kalimantan Tengah	29,4
Bangka Belitung	36,3	Sulawesi Utara	33,3	Bengkulu	29,1
Jawa Barat	36,1	DKI Jakarta	32,8	Nusa Tenggara Timur	28,7
		Riau	32,5	Sulawesi Tengah	28,6
		Kalimantan Barat	31,8	Bali	28,4
		Kalimantan Timur	31,8	Banten	26,3
		Sumatra Selatan	31,6	Sulawesi Tenggara	25,8
		Sumatra Barat	31,1	Jambi	22,8
		Nusa Tenggara Barat	30,4	Sumatra Utara	21,2
				Papua	20,0
				Kepulauan Riau	14,3
				Maluku	12,1
				Sulawesi Barat	11,8
				Irian Jaya Barat	-
Nasional	34,3				

Catatan: n = 17.436

tinggi lagi yakni 12,8%. Prevalensi hipertensi pada semua responden usia 15 tahun ke atas laki-laki 36,3% sedangkan pada perempuan sebesar 35,8%.

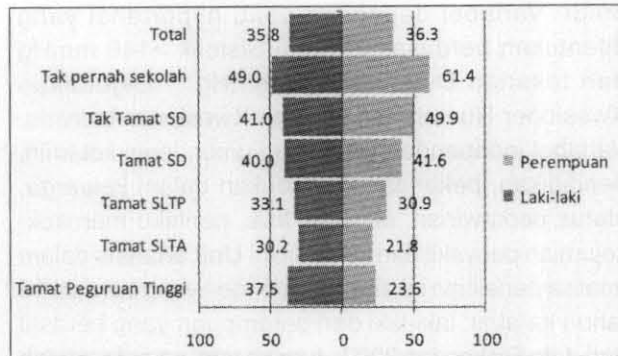


Catatan: n laki-laki = 8.334, n perempuan = 9.893

Gambar 3. Distribusi hipertensi menurut status keanggotaan dalam keluarga

Berdasar status dalam keluarga dijumpai beda bermakna dalam status hipertensi pada laki-laki (p -value $< 0,001$) maupun perempuan (p -value $< 0,001$). Presentase Hipertensi yang berada di atas presentase rata-rata dijumpai pada mereka dengan status kepala rumah tangga, istri/ suami, orangtua/ mertua. Hal yang juga menarik adalah dijumpai presentase yang jauh lebih tinggi pada perempuan selaku kepala rumah tangga. Rata-rata usia kepala rumah tangga laki-laki adalah $45,5 \pm 13,2$ tahun sedangkan perempuan adalah $52,7 \pm 15,1$ tahun (p value $< 0,001$). Tingginya umur terkait dengan kejadian hipertensi (**Gambar 3**).

Ada beda bermakna pada tingkatan pendidikan pada kelompok perempuan maupun kelompok laki-laki (p -value $< 0,001$ dan $< 0,001$). Dijumpai paling banyak kejadian hipertensi pada mereka yang tidak



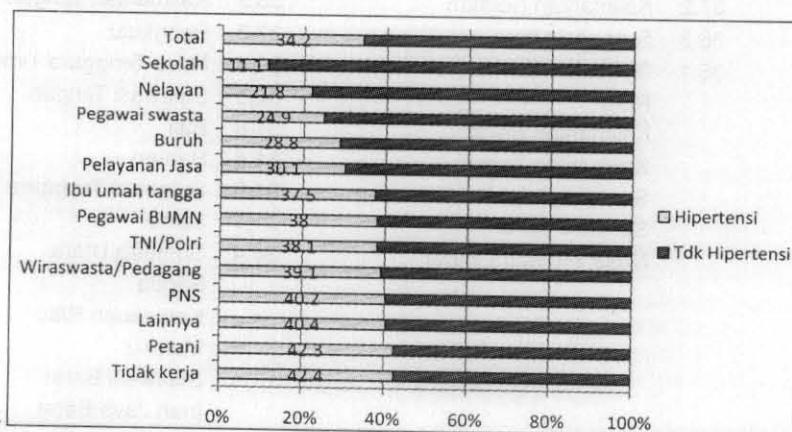
Catatan: n laki-laki = 8.151, n perempuan = 9.584

Gambar 4. Distribusi hipertensi menurut tingkat pendidikan dan jenis kelamin

berpendidikan, yakni 61,4% pada perempuan dan 49,0% pada laki-laki. Kejadian hipertensi tersebut turun sesuai dengan naiknya tingkat pendidikan, namun kejadian hipertensi tersebut naik lagi pada mereka yang berpendidikan perguruan tinggi (**Gambar 4**).

Tabel 2. Distribusi hipertensi menurut kategori umur dan kehamilan

Kategori Umur	Ya Hamil		Tidak Hamil	
	Hipertensi (%)	Total	Hipertensi (%)	Total
15–19	0 (0)	11	84 (7,1)	1181
20–29	10 (12,5)	80	337 (15,2)	2222
30–39	3 (8,8)	34	650 (28,7)	2264
40–49	4 (50,0)	8	844 (45,3)	1862
50–59	0 (0)	0	265 (54,2)	489
Total	17 (12,8)	133	2180 (27,2)	8018
Pearson p-value	0.0001			

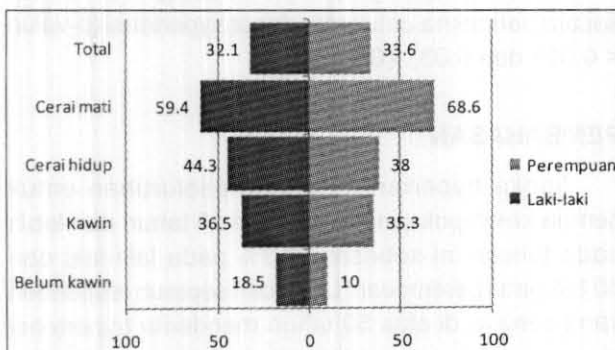


Catatan: n total = 17.407

Gambar 5. Distribusi Hipertensi pada jenis-jenis pekerjaan (n = 17.407)

Tabel 2 menunjukkan perempuan yang hamil presentase hipertensinya lebih rendah (12,8%) dibandingkan perempuan yang tak hamil (27,2%). Pada perempuan tidak hamil terjadi peningkatan presentase hipertensi dengan bertambahnya kategori usia.

Gambar 5 menunjukkan presentase hipertensi paling rendah terdapat pada mereka yang berstatus sekolah (11,1%) dan persentase hipertensi tertinggi pada mereka yang tak bekerja (42,4%), hal ini disebabkan karena faktor usia, mereka yang tak bekerja kebanyakan orang tua. Rerata usia mereka yang tak bekerja $43,2 \pm 22,8$ tahun berbeda bermakna dibandingkan rerata usia sekolah $19,3 \pm 8,8$ tahun (p value $< 0,001$, un-pair t-test). Mereka yang tinggi tensinya di dapat mulai dari ibu rumah tangga (37,5%) sampai petani (42,3%). Yang menarik adalah persentase hipertensi pada petani hampir dua kali persentase hipertensi pada nelayan (42,3% v.s. 21,8%).

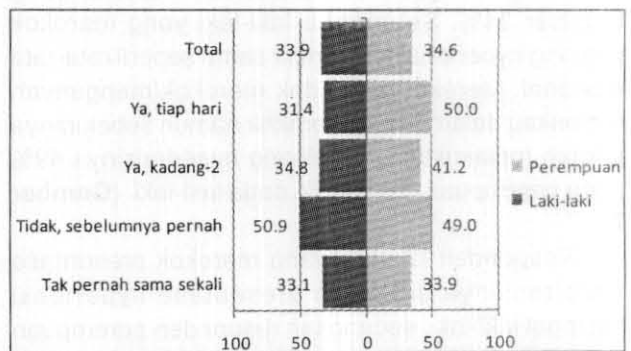


Catatan: n laki-laki = 8.179 dan n perempuan = 9.616

Gambar 6. Distribusi hipertensi dengan status perkawinan

Dari keempat status perkawinan itu, presentase hipertensi berbeda secara bermakna pada laki-laki (p -value $< 0,001$) maupun perempuan (p -value $< 0,001$) (**Gambar 6**). Mereka yang cerai mati presentase hipertensinya jauh lebih tinggi dibandingkan mereka yang cerai hidup. Rerata umur cerai hidup adalah $44,3 \pm 14,2$ tahun dan rerata umur cerai mati adalah $61,5 \pm 13,3$ tahun pada laki-laki dan perempuan (p -value $< 0,001$). Kembali umur nampaknya yang berperan untuk presentase hipertensi.

Responden yang di diagnosa menderita penyakit jantung, diabetes mellitus dan stroke dalam 12 bulan lalu secara bermakna menderita hipertensi jauh lebih tinggi. Responden yang tidak di diagnosa menderita ketiga penyakit tersebut peluang hipertensi mereka mirip dengan rata-rata angka nasional (**Tabel 3**).



Catatan: n laki-laki = 8.010 dan n perempuan = 9.324

Gambar 7. Distribusi hipertensi dengan merokok/mengunyah tembakau pada 1 bulan terakhir

Mereka yang setiap hari merokok/mengunyah tembakau pada 1 bulan terakhir pada pihak perempuan maupun laki-laki berbeda bermakna presentase hipertensinya (p -value $< 0,001$ dan

Tabel 3. Kaitan hipertensi dengan penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi dan stroke berdasar diagnosa dalam 12 bulan yang lalu

		Laki-laki			Perempuan		
		Hipertensi (%)	Total	p-value	Hipertensi (%)	Total	p-value
Penyakit jantung	ya	54 (51,9)	104	0,000	70 (53,8%)	130	0,000
	tidak	2571 (31,9)	8069		3156 (33,3%)	9484	
Diabetes Mellitus	ya	84 (61,8)	136	0,000	105 (64,4%)	163	0,000
	tidak	2541 (31,6)	8034		3124 (33,0%)	9453	
Hipertensi	ya	439 (81,3)	540	0,000	728 (82,4%)	884	0,000
	tidak	2185 (28,7)	7614		2494 (28,6%)	8716	
Stroke	ya	39 (72,2)	54	0,000	52 (80,0%)	65	0,000
	tidak	2582 (31,9)	8096		3172 (33,3%)	9534	

Tabel 4. Distribusi hipertensi menurut jumlah batang rokok setiap harinya dalam satu bulan terakhir pada laki-laki dan perempuan

Jumlah rokok/hari	Laki-laki		Perempuan	
	Hipertensi (%)	Total	Hipertensi (%)	Total
1–6	595 (30,7)	1935	110 (52,1)	211
7–12	654 (30,3)	2158	28 (45,2)	62
13–18	140 (29,6)	473	3 (33,3)	9
19+	150 (32,8)	457	14 (38,9)	36
Total	1539 (30,6)	5023	155 (48,7)	318
Pearson p-value		0.708		0.315

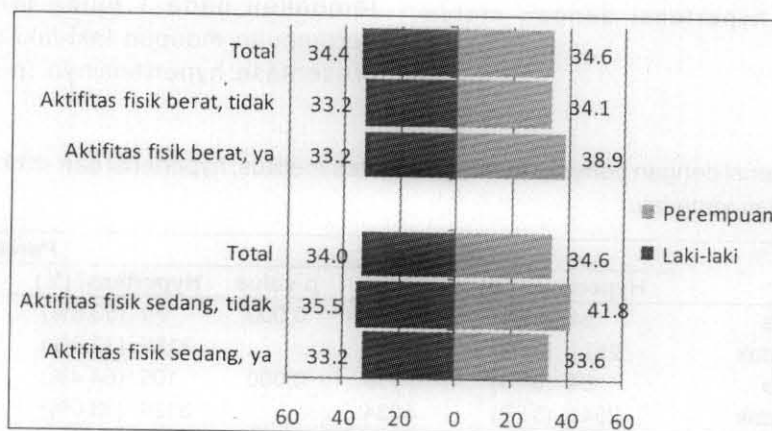
perempuan maupun laki-laki berbeda bermakna presentase hipertensinya ($p\text{-value} < 0,001$ dan $< 0,001$). Namun perempuan yang merokok tiap hari dalam satu bulan terakhir itu peluang hipertensinya 50%, angka ini jauh di atas rata-rata nasional yang berkisar 34%. Sebaliknya laki-laki yang merokok peluang hipertensinya hampir sama seperti rata-rata nasional. Mereka yang tidak merokok/mengunyah tembakau dalam 1 bulan terakhir namun sebelumnya pernah melakukannya, peluang hipertensinya 49% pada perempuan dan 50,9% pada laki-laki. (**Gambar 7**).

Responden laki-laki yang merokok presentase hipertensinya di bawah presentase hipertensi nasional laki-laki, sedangkan responden perempuan yang merokok presentase hipertensinya berada di atas presentase hipertensi nasional perempuan. Namun tak ada beda bermakna dengan jumlah rokok yang dihisap tiap harinya dalam satu bulan terakhir ini (**Tabel 4**).

Tak dijumpai beda bermakna pada laki-laki yang melakukan aktivitas fisik rutin sedang maupun berat selama 10 menit tiap harinya ($p\text{ value} = 0,390$ dan $p\text{ value} = 0,274$) untuk kejadian hipertensi dengan mereka yang tak melakukan aktivitas fisik tersebut. Perempuan yang tidak melakukan kerja fisik sedang dan rutin selama 10 menit tiap harinya dan perempuan yang melakukan kerja fisik berat dan rutin selama 10 menit tiap harinya punya peluang lebih besar secara bermakna untuk mendapat hipertensi ($p\text{-value} < 0,001$ dan $0,03$). (**Gambar 8**).

PEMBAHASAN

Angka hipertensi secara keseluruhan untuk semua kelompok umur mulai dari 15 tahun dan lebih pada tulisan ini sebesar 36,3% pada laki-laki dan 35,8% pada perempuan. Lebih dari separuh responden yang berusia di atas 50 tahun menderita hipertensi



Catatan: n laki-laki = 7.984 dan n perempuan = 9.389

Gambar 8. Aktivitas fisik rutin yang sedang dan berat dan kaitannya dengan kejadian hipertensi pada laki-laki dan perempuan

(**Gambar 2**), WHO juga melaporkan kecenderungan tersebut.²⁰ Naiknya usia terkait dengan peningkatan tekanan darah, hal ini terkait dengan pengerasan pembuluh darah, aktivitas yang menurun, fungsi ginjal yang menurun, badan tidak memproses garam dengan semestinya, badan menjadi lebih sensitif terhadap garam, perubahan hormonal seperti menopause. Mereka yang berusia 15–19 tahun ternyata sudah mengidap hipertensi sebesar 6,5% pada remaja laki-laki dan 12,8% pada remaja putri. Angka tersebut secara kesehatan masyarakat tidak dapat diabaikan. Temuan hipertensi pada usia muda dengan prevalensi lebih dari 5% juga dilaporkan oleh penelitian-penelitian lain.^{21,22} Namun penelitian yang menyatakan bahwa prevalensi remaja di bawah 5% juga ada.²³ Tulisan ini menggunakan data mulai usia 15 tahun ke atas agar penyebab hipertensi dapat mulai dianalisa sedini mungkin dan tindakan pencegahan dapat segera dilakukan. Karena hipertensi sudah ada dalam jumlah yang bermakna pada usia 15 tahun, maka pencarian hipertensi perlu dilacak pada usia yang lebih muda lagi, yakni murid SD.

Sejumlah penelitian menyatakan bahwa hipertensi dan penyakit cardiovascular lebih sering dijumpai pada laki-laki dari pada perempuan.^{24,25,26} Hal itu berbeda dengan analisa tulisan ini di mana responden perempuan usia 15–30 tahun yang menderita hipertensi jauh lebih banyak dibandingkan laki-laki, barulah pada usia 40 tahun ke atas hipertensi jauh lebih banyak dijumpai pada laki-laki dibandingkan perempuan (**Gambar 2**). Laki-laki dan perempuan berbeda dalam penyebab, patologi manifestasi klinik dan keluaran dari penyakit jantung dan pembuluh darah.²⁷

Dalam analisa data Riskesdas 2007 ini, presentase hipertensi paling banyak dijumpai pada mereka yang tidak pernah sekolah (sekitar 50%) dan presentase hipertensi itu menurun sesuai dengan naiknya tingkat pendidikan, namun presentase hipertensi tersebut naik lagi pada mereka dengan pendidikan perguruan tinggi (**Gambar 4**). Mereka yang tidak sekolah presentase hipertensinya justru paling tinggi, jauh di atas rata-rata nasional. Hal ini perlu dicermati, apa yang menjadi penyebabnya.

Penelitian ini mencatat adanya 133 orang responden perempuan hamil, 12,8% di antaranya mengalami hipertensi vs 27,2% kejadian hipertensi pada 8.018 perempuan tak hamil (**Tabel 2**). Presentase hipertensi tersebut di bawah presentase hipertensi

nasional karena umur perempuan yang dianalisa dalam hal ini di bawah usia 60 tahun. Presentase hipertensi lebih tinggi pada perempuan tidak hamil, padahal secara teoritis perempuan hamil seharusnya mempunyai peluang hipertensi lebih besar. Analisis berikutnya menunjukkan kalau rerata umur (SD) perempuan hamil dan perempuan tak hamil adalah 29,3 (6,7) tahun dan 35,3 (9,9) tahun. Jadi penyebab perbedaan prevalensi itu adalah mereka yang tak hamil berusia lebih tinggi dan karenanya berpeluang mendapat hipertensi lebih besar seperti telah di bahas terlebih dahulu.

Yang menarik pula adalah presentase hipertensi pada petani hampir dua kalinya presentase hipertensi pada nelayan (42,3% vs 21,8%), seperti yang nampak pada **Gambar 5**. Analisa usia mereka menunjukkan kalau rerata umur (SD) nelayan 36,5 (13,3) tahun di mana usia tersebut berbeda bermakna dibandingkan rerata umur petani 49,3 (14,1) tahun (p value $<0,001$, un-pair t-test). Kembali usia yang lebih tinggi yang nampaknya membedakan kejadian hipertensi antara kelompok petani dan nelayan. Di samping itu ada kesan untuk menjadi nelayan perlu usia yang relatif muda dibandingkan petani, mungkin hal ini disebabkan karena tantangan kerja di laut yang lebih berat.

Enam puluh satu persen laki-laki menghisap rokok lebih dari 6 batang per harinya (**Tabel 4**). Hal mana merupakan tantangan pemerintah dan masyarakat untuk mengatasinya. Perlu diingatkan bahwa kerugian akibat merokok secara ekonomis jauh lebih besar dibandingkan keuntungan yang didapat, misal dalam bentuk pemasukan pajak. Prevalensi merokok di negara-negara lain juga cukup tinggi yaitu 36%, merokok merupakan faktor resiko utama hipertensi dan jantung coroner yang dapat diubah. Akibat rokok juga diperhitungkan pada perokok pasif.^{28,29} Merokok aktif maupun merokok pasif menimbulkan peluang yang besar untuk terjadinya kanker paru-paru, kanker cervix, kanker saluran kencing dll.³⁰ Berhenti merokok akan meningkatkan derajat kesehatan seseorang secara bermakna pada usia berapa pun ia berhenti merokok.³¹

Perempuan yang tidak melakukan kerja fisik sedang dan rutin selama 10 menit tiap harinya dan perempuan yang melakukan kerja fisik berat dan rutin selama 10 menit tiap harinya punya peluang lebih besar secara bermakna untuk mendapat hipertensi (p -value $<0,001$ dan 0,03). (**Gambar 8**). Temuan tersebut seperti saling bertentangan, mungkin hasilnya

akan lebih bermakna bila yang dicatat tersebut bukan aktivitas fisik 10 menit saja tapi lebih lama, misalnya 1 jam atau lebih. Aktivitas fisik dan diet yang memadai merupakan faktor utama untuk hidup sehat sepanjang hidup seseorang.³²

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hypertensi dijumpai pada semua provinsi di Indonesia dalam persentase yang berbeda-beda. Perlu diteliti lebih lanjut mengapa beberapa provinsi memiliki penduduk dengan presentase hipertensi yang tinggi sedang beberapa provinsi lainnya mempunyai presentase hipertensi lebih rendah. Kejadian hipertensi meningkat dengan bertambahnya usia. Hypertensi dijumpai pada laki-laki dan perempuan, di mana pada usia lebih tua laki-laki lebih berpeluang untuk menderita hipertensi dibanding perempuan.

Saran

Guna mencegah timbulnya hipertensi perlu pemeriksaan tekanan darah secara rutin setidaknya satu tahun sekali dimulai dari usia remaja. Jalani hidup lebih aktif secara fisik, lakukan olah raga secara teratur dan benar. Obati penyakit penyerta seperti diabetes mellitus, hiperlipidemia dll. Lakukan monitoring dan evaluasi program penanggulangan penyakit jantung dan pembuluh darah (termasuk hipertensi) yang ada dan kalau perlu dibuat perbaikan/penyesuaian program. Program-program kesehatan tersebut perlu memperhatikan kekhasan daerah, misal mengenai makanan dan kebiasaan setempat.

Keterbatasan analisis

Terdapat sejumlah ibu hamil yang juga masuk dalam analisis ini yakni sekitar 1,4%, namun mereka tak selalu diketahui sebagai hamil bila data diambil pada trimester pertama kehamilan mereka, sedangkan mereka punya peluang untuk mengalami hipertensi.

Pertimbangan Etik

Penelitian ini merupakan analisis lanjut dari data Riskesdas 2007. Pertimbangan etik berdasarkan pertimbangan etik yang diberikan pada Riskesdas 2007.

DAFTAR PUSTAKA

- Alderman MH, Lamport B. Labeling of hypertensive: a review of the data. *J Clin Epidemiol*. 1990; 43: 195–200.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Agenda 2009. Ringkasan Hasil Riskesdas 33 Provinsi – Indonesia tahun 2007.
- The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med*/ Vol. 153, Jan 25, 1993.
- The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: 636–47.
- Rohrer JE, Anderson GJ and Furst JW, Obesity and pre-hypertension in family medicine: Implications for quality improvement, *BMC Health Services Research* 2007, 7: 212, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/212> (diambil tanggal 1 Maret 2010).
- Konzem S, Controlling Hypertension in Patients with Diabetes, *Am Fam Physician* 2002; 66: 1209–14. Copyright © 2002 American Academy of Family Physicians.
- Merck Manuals, Online medical library, home edition for patients and care giver.
- Raines JW, *The Silent Killer*, Health Care on the Internet, 1089–4187, Volume 6, Issue 1, 2002, Pages 69–78. <http://www.who.int/infobase/graphimage> (diambil tanggal 5 February 2009).
- <http://www.who.int/infobase> (diambil tanggal 4 February 2009).
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J, Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens*. 2004 Jan; 22(1): 11–9.
- Howard BV. Blood pressure in 13 American Indian Communities: The Strong Heart Study: Public Health Report, 1996, 111 (Suppl 2): 47–8.
- McIntyre L and Shah CP. Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three Indian communities in Northwestern Ontario. *Can Med Assoc J* 1986, 134:940, 345–9.
- Gillum RF. The epidemiology of stroke in Native Americans. *Stroke* 1995; 26, 514–21.
- Ellis JL and Campos-Outcalt D. Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review. *Am J Pre Med* 1994; 10(5), 295–307.
- Glassbrenner K. Seeking 'Indian-acceptabel' ways to fight hypertension. *JAMA* 1995; 254 (14), 1877–....
- MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL (1996). Aboriginal Health. *Can Med Assoc J*, 155(1), 1569–77.

- S Soemantri and J Pradono, Variability of Health Status in Indonesia. Workshop on nutrition problem and health activity. Bogor 7–8 July 2005.
- The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med/ Vol. 153, Jan 25, 1993.
- WHO, The World Hypertension Market 2007–2023, <http://www.the-infoshop.com/report/kt57511-hypertension.html> (diambil tanggal 16 Maret 2010).
- Mufunda J et al, The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea, Journal of Human Hypertension (2006) 20, 59–65.
- San Shwe et al, Prevalence of Hypertension in Two Selected Villages of Kayin State, Myanmar, WHO, Regional Health Forum – Volume 8, Number 1, 2004.
- Zein AZ et al. Blood-pressure levels and hypertension in rural Ethiopian communities. Ethiopian Medical Journal, 1986, 24: 169–178.
- Kannel WB, Wilson PWF. Risk factors that attenuate the female coronary artery disease advantage. Arch Intern Med. 1995; 155: 57–61.
- Wenger NK. Hypertension and other cardiovascular risk factors in women. Am J Hypertens. 1995; 8: 94S–99S.
- Burt VL, Whelton P, Rocella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. Hypertension. 1996; 25: 305–313.
- Narkiewicz K, Kjeldsen SE and Hedner T, Hypertension and cardiovascular disease in women: Progress towards better understanding of gender-specific differences? EDITORIAL, Blood Pressure. 2006; 15: 68–70.
- WHO, The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region: Annual Report of the Regional Director 1 January–31 December 2006, http://www.emro.who.int/rd/annualreports/2006/chapter1_6_print.htm (diambil tanggal 16 Maret 2010).
- WHO, Non-Communicable Diseases, http://www.emro.who.int/pakistan/programmes_ncd.htm, (diambil tanggal 16 Maret 2010).
- WHO, Tobacco smoke pollution, **20 April 2005**, http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20050420.htm (diambil tanggal 20 Maret 2010).
- WHO, TOBACCO EPIDEMIC: HEALTH DIMENSIONS, Tobacco is a Greater Cause of Death and Disability Than Any Single Disease, Fact Sheet No. 154, May 1997.
- WHO, Diet and physical activity: a public health priority, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/index.html> (diambil tanggal 16 March 2010).

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN TERHADAP PEMANFAATAN DAN PELAYANAN "UKBM" (UPAYA KESEHATAN BERBASIS MASYARAKAT) PADA RUMAH TANGGA DI INDONESIA

Raharni¹, Sudibyo Supardi¹, Andi Leny Susyanty¹

ABSTRACT

Background: UKBM covered Posyandu, Poskesdes and POD/WOD. Posyandu, Poskesdes POD/WOD are organized in village or rural area with the goal to prepare health services. Warung Obat Desa (WOD) based on SK Menkes No. 983/Menkes/VIII/2004 about WOD implementation guide. The objective of the study is assessment about of the influence factors of Using and the Effort of Health community based services "UKBM" at Houshold in Indonesia. **Methods:** The study used data from baseline research (Riskesdas 2007), included 241.287 of Houshold. Type of study is secondare data analysis, with a cross sectional design. This study used Chi square methode to determine bivariat association and logistic regression methode to determine multivariate data analysis. **Results:** The Results shown various factors to influence using and the Effort of Health community based services "UKBM" at Household, i.e transportation facility, location, sex, education, and number of person at household. The household was using UKBM (Posyandu, Poskesdes, POD/WOD) amount of 42.7% and the household is not using UKBM amount of 57.3%. The dominant factor related with using and the Effort of Health community based services "UKBM" at Houshold is transportation facility (OR adjusted = 1.319). It is nedded more attention from the government to provide transportation facility for community in the rural area.

Key words: using, the effort of health community based services (UKBM), household

ABSTRAK

Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) meliputi di antaranya Poskesdes, Polindes, Posyandu, Warung Obat Desa dan Pos Obat Desa. Poskesdes yang dibentuk di desa dalam rangka menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Warung obat desa (WOD) dibentuk berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 983/SK/VIII/1994 tentang petunjuk pelaksanaan Warung Obat Desa. Penelitian ini bertujuan mengkaji mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan dan pelayanan dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) seperti POSKESDES, Polindes, Posyandu, POD dan WOD di Indonesia. Responden meliputi seluruh Rumah Tangga yang terkena sampel RISKESDAS 2007 yaitu sebanyak 241.287 Rumah Tangga. Penelitian ini merupakan analisis data sekunder RISKESDAS 2007 dengan desain cross sectional. Analisis data menggunakan Chi Square untuk mengetahui hubungan bivariat dan regresi logistic multivariate. Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang berperan terhadap pemanfaatan dan pelayanan Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat Posyandu, Poskesdes, Polindes, POD/WOD adalah sarana transportasi, lokasi, jenis kelamin kepala rumah tangga (KRT), pendidikan kepala rumah tangga, dan banyaknya anggota rumah tangga. Rumah Tangga yang memanfaatkan pelayanan UKBM sebesar 42,7%, lebih sedikit dari responden yang tidak memanfaatkan pelayanan UKBM yaitu 57,3%. Variabel yang paling dominant pengaruhnya pada pemanfaatan dan pelayanan Posyandu, Poskesdes, Polindes, POD/WOD adalah Sarana Transportasi (ORadjusted = 1,319).

Kata kunci: Pemanfaatan, Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), Rumah tangga

Naskah masuk: 2 Maret 2010, Review 1: 4 Maret 2010, Review 2: 5 Maret 2010, Naskah layak terbit: 18 Maret 2010

PENDAHULUAN

Visi Pembangunan kesehatan Indonesia sehat 2010 ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan

Menteri Kesehatan RI Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000. Visi "masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat" menggambarkan bahwa pada tahun 2010

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta
Alamat korespondensi: Raharni
E-mail: raharnis@yahoo.com